

Mattejat, Fritz; Jungmann, Joachim

Einübung sozialer Kompetenz - Erfahrungen bei der Entwicklung und Erprobung eines gruppentherapeutischen Programms für Kinder

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30 (1981) 2, S. 62-70



Quellenangabe/ Reference:

Mattejat, Fritz; Jungmann, Joachim: Einübung sozialer Kompetenz - Erfahrungen bei der Entwicklung und Erprobung eines gruppentherapeutischen Programms für Kinder - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30 (1981) 2, S. 62-70 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-27260 - DOI: 10.25656/01:2726

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-27260>

<https://doi.org/10.25656/01:2726>

in Kooperation mit / in cooperation with:

Vandenhoeck & Ruprecht **V&R**

<http://www.v-r.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Zeitschrift für analytische Kinder- und Jugendpsychologie, Psychotherapie,
Psychagogik und Familientherapie in Praxis und Forschung

Herausgegeben von R. Adam, Göttingen · A. Dührssen, Berlin · E. Jorswieck, Berlin
M. Müller-Küppers, Heidelberg

30. Jahrgang / 1981

VERLAG FÜR MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE IM VERLAG
VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

Literatur

Aichhorn, A.: Verwahrloste Jugend. 5. Aufl. Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1965. – Ainsworth, M. D., Ainsworth, L. H.: Acculturation in East Africa. II. Frustration and aggression. J. soc. Psychol. 57, 401, 1962. – Battegay, R.: Narzißmus und Objektbeziehungen. Über das Selbst zum Objekt. Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1977. – Duhm, E., Hansen, J.: Der Rosenzweig P-F Test. Form für Kinder. Hogrefe, Göttingen 1957. – Fairbairn, W. D.: Psychoanalytic Studies of the Personality. Tavistock, London 1952. – Freud, S.: Einige Charaktertypen aus der psychoanalytischen Arbeit. G. W. X. Imago, London 1916. – Ders.: Jenseits des Lustprinzips. G. W. XIII. Imago, London 1920. – Guntrip, H.: Personality Structure and Human Interaction. The Developing Synthesis of Psycho-Dynamic Theory. Tavistock, London 1961. – Hartmann, H.: Ich-Psychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie. Klett, Stuttgart 1972. – Hartmann, K.: Theoretische und empirische Beiträge zur Verwahrlosungsforschung. 2. Aufl. Springer, Berlin/Heidelberg/New York 1977. – Henseler, H.: Narzißtische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmordes. Rowohlt, Studium 58. Hamburg 1974. – Jacobson, E.: Denial and repression. J. Amer. Psycho-Anal. Assoc. 5, 61, 1957. – Kernberg, O.: Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1978. – Kohut, H.: Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1973. – McCary, J. L.: Reaction to frustration by some cultural and racial groups. J. Person. 19, 84, 1951. – Minden, G. v.: Der strukturell Ich-gestörte Patient und die Theorie der Objektbeziehungen. Z. Psychosom. Med. Psychoanal. 24, 328, 1978. – Murray, H. A.: Thematic Apperception Test Manual. Harvard University Press, Cambridge 1943. – Pichot, P.,

Freson, V., Danjon, S.: Le test de frustration de Rosenzweig: forme pour enfants. Rev. Psychol. Appliqu. 6, 111, 1956. – Rauchfleisch, U.: Beziehungen zwischen Frustrationsreaktionen und Intelligenzfunktionen bei verwahrlosten Jugendlichen. Psychol. Beitr. 16, 365, 1974. – Ders.: Handbuch zum Rosenzweig Picture-Frustration Test (PFT). Band 1: Grundlagen, bisherige Resultate und Anwendungsmöglichkeiten des PFT. Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1979a. – Ders.: Handbuch zum Rosenzweig Picture-Frustration Test (PFT). Band 2: Manual zur Durchführung des PFT und Neueichung der Testformen für Kinder und Erwachsene. Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1979b. – Rohde-Dachser, Ch.: Das Borderline-Syndrom. Huber, Bern/Stuttgart/Wien 1979. – Rosenzweig, S.: An Outline of Frustration Theory. In: McV. Hunt, J. (Hrsg.), Personality and the Behavior Disorders. Vol. I. 379. Ronald Press, New York 1944. – Rosenzweig, S., Fleming, E. E., Rosenzweig, L.: The Children's Form of the Rosenzweig Picture-Frustration Study. J. Psychol. 26, 141, 1948. – Rosenzweig, S.: Manual for the Rosenzweig Picture-Frustration Study, Children's Form. Eigenverlag, St. Louis, Mo. 1950. – Ders.: Aggressive Behavior and the Rosenzweig Picture-Frustration Study. Praeger Publ., New York/London/Sidney/Toronto 1978. – Spache, G.: Differential scoring of the Rosenzweig Picture-Frustration Study. J. clin. Psychol. 6, 406, 1950. – Sperling, S. J.: On denial and the essential nature of defence. Int. J. Psychoanal. 39, 25, 1958. – Sutherland, J. D.: Object-relations theory and the conceptual model of psychoanalysis. Brit. J. med. Psychol. 36, 109, 1963.

Anschr. d. Verf.: Priv.-Doz. Dr. U. Rauchfleisch, Psychiatrische Universitätspoliklinik, Kantonsspital, CH-4031 Basel.

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

Aus der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie
des Kindes- und Jugendalters der Freien Universität Berlin
(Leiter: Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt)

Einübung sozialer Kompetenz

Erfahrungen bei der Entwicklung und Erprobung eines gruppentherapeutischen Programms für Kinder

Von Fritz Matthejat und Joachim Jungmann *

Zusammenfassung

Es wird ein gruppentherapeutisches Programm zur Einübung sozialer Kompetenz bei psychisch gestörten Kindern vorgestellt. Zunächst werden hierzu die theoretischen Grundlagen, die daraus abgeleiteten therapeutischen Ziele, und die entsprechenden Interventionsmethoden geschildert. Der zweite Abschnitt beschäftigt sich mit der Planung und Durchführung einer Therapieeinheit. Im letzten Abschnitt werden schließlich vorläufige Untersuchungsergebnisse zur

Effizienz des Programms berichtet und diskutiert, und es werden Hinweise zu einer genaueren Indikationsstellung und zur Weiterentwicklung des Programms gegeben.

Einleitung

Ein großer Teil der Kinder, die in Einrichtungen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung (Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken, Erziehungsberatungsstellen und andere Beratungsstellen, schulpsychologische Einrichtungen) vorgestellt werden, zeigen Auffälligkeiten im Sozialverhalten. Dabei sind diese Schwierigkeiten teilweise der primäre Vorstellungsanlaß, häufig aber auch andere

* Wir danken Frau R. Spieß (PTA), die bei der Gruppendurchführung und besonders bei der psychologischen Diagnostik einen großen Teil der Arbeit übernahm.

Symptome, die zur Vorstellung führen, von Auffälligkeiten im Bereich des sozialen Verhaltens begleitet. Eine gruppen-therapeutische Behandlung dieser Störungen ist aus zwei Gründen unmittelbar naheliegend:

(1) In der Gruppe rücken soziale Verhaltensweisen naturgemäß stärker als in der Einzeltherapie in den Mittelpunkt. Die Störungen des Kindes zeigen sich deutlicher

in der Therapie, sie können direkt beobachtet und angegangen werden.

(2) Durch die Gruppentherapie besteht die Möglichkeit, ökonomischer zu arbeiten als in der Einzeltherapie: Bei gleichem Aufwand können mehr Kinder an der Therapie teilnehmen. Dieses Argument ist in Anbetracht der Häufigkeit von Störungen des Sozialverhaltens¹ besonders wichtig.

Schematische Übersicht 1: Beschreibung der Gruppenteilnehmer

	Geschlecht	Alter in Jahren	Störung des Sozialverhaltens lt. Basisdokumentation*	Diagnose nach dem multiaxialen Diagnoseschlüssel*	Zusammenfassende verbale Diagnose laut Arztbrief
GRUPPE I	männlich	13	Passiv	313.2; 307.7	Beginnende neurotische Fehlentwicklung mit Kontaktschwierigkeiten in der Schule, Schulleistungsstörungen und Enkopresis
	männlich	12	Passiv	313.1; 307.4	Depressive Verstimmungen; Schlafstörungen
	männlich	14	Passiv	300.5	Neurotische Fehlentwicklung mit depressiv-zwanghafter Symptomatik
	männlich	12	Passiv	313.2; 307.0	Starke soziale Kontaktschwierigkeiten; Stottern
	männlich	13	Passiv	300.8	Beginnende neurotische Fehlentwicklung mit aggressiver Gehemmtheit
	männlich	13	Aktiv	312.3	Dissoziale Verhaltensauffälligkeiten mit starken soz. Kontaktproblemen
	männlich	12	Aktiv & Passiv	312.3	Neurotische Entwicklungsstörung mit soz. Ängsten und Isolation
GRUPPE II	männlich	14	Aktiv	312.0	Dissoziale Verhaltensstörungen bei erheblich gestörter fam. Situation
	männlich	13	Passiv	313.2	Schulangst; Leistungs- u. Kontaktproblematik
	männlich	14	Passiv	300.0	Angstneurose; ausgeprägte Schulängste
	männlich	13	Aktiv & Passiv	312.3	Psychosozialer Entwicklungsrückstand
	männlich	13	Passiv	313.1	Beginnende neurotische Fehlentwicklung mit depressiv-zwanghaften Strukturanteilen
	männlich	14	Passiv	313.2	Neurotische Entwicklungsstörung mit sozialer Isolation, Sprechhemmung und Leistungsversagen
	weiblich	11	Passiv	313.2	Emotionale Störung mit Empfindsamkeit, Scheu und Abkapselung
	weiblich	11	Passiv	313.3	Beginnende neurotische Fehlentwicklung mit starken sozialen Ängsten

*Vgl. hierzu: Jungmann et al., 1978; Remschmidt & Schmidt, 1977. ¹Vgl. hierzu: Jungmann et al., 1978.

Durch diese Überlegungen motiviert, erprobten wir an der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters der FU Berlin ein verhaltenstherapeutisches Trainingsprogramm zur Einübung sozialer Kompetenz mit zwei Kindergruppen. In der schematischen Übersicht 1 ist die Zusammensetzung der Gruppen beschrieben.

Ein bis zwei Beobachter verfolgten die Gruppensitzungen über eine Video-Übertragung. Die 1½-stündigen Sitzungen fanden wöchentlich statt (jeweils insgesamt 10–15 Sitzungen). Unsere therapeutische Konzeption und damit auch das Trainingsprogramm wurden dabei fortlaufend modifiziert; wir können deshalb auch heute noch kein „endgültiges“ Trainingsprogramm vorstellen. Dieser Artikel soll vielmehr unsere bisherigen Erfahrungen mit den beiden Kindergruppen zusammenfassen und die therapeutische Konzeption zur Diskussion stellen.

2. Die therapeutische Konzeption: Problem, Ziel und Interventionsmittel

Modernes verhaltenstherapeutisches Vorgehen zeichnet sich nach der Meinung einer großen Zahl von Autoren dadurch aus, daß therapeutische Probleme in expliziter, nachvollziehbarer und überprüfbarer Form nach dem Muster eines Problemlösungsprozesses angegangen werden (siehe z.B. *Grawe, 1978; Schmidtchen, 1978; Braun und Tittelbach, 1978*). Ein Problemlösungsprozeß kann in allgemeiner Form in drei Schritte eingeteilt werden:

1. Phase der Orientierung und Planung (Problembestimmung, Zielbestimmung und Mittelbestimmung);
2. Phase der Durchführung;
3. Phase der Bewertung (vgl. *Grawe, 1978, S.2697*).

Bei unseren Gruppen wurde diese Struktur auf mehreren Ebenen angewandt: Zum einen wurde die Entwicklung des Trainingsprogramms, das auf eine ganze Patientengruppe bezogen ist, nach dieser Struktur vollzogen. Im Rahmen der Durchführung des Programms wiederum wurden die einzelnen Therapiestunden explizit in Form eines Problemlösungsprozesses durchgeführt. Schließlich wurde die Problemlösestruktur auf jeden einzelnen Patienten angewandt.

In der verhaltenstherapeutischen Arbeit mit einzelnen Individuen werden meist die bekannten einfachen funktionalen Verhaltensmodelle (s.z.B. *Kanfer und Phillips, 1970; Schulte, 1974*) zugrunde gelegt. Für die verhaltenstherapeutische Gruppenarbeit sind solche Modelle jedoch zu unspezifisch und geben wenig Hinweise für die praktische Durchführung der Therapie. Unserer Gruppenarbeit legten wir deshalb komplexere Verhaltensmodelle zugrunde (s. hierzu z.B. *Schulte, 1977, S.995–1009; Kessler, 1978, S.166ff.*), die unseres Erachtens eher in der Lage sind, soziales Interaktions- und Kommunikationsverhalten abzubilden (ähnliche Vorgehensweisen s.z.B.: *Wendlandt und Hoefert, 1976; Wendlandt, 1976; Semmer und Pfäfflin, 1978; Schmidtchen, 1976*). Soziales Verhalten kann unter zwei Hauptaspekten betrachtet werden: Es handelt sich zum einen um einen Gruppenprozeß, in den gleichzeitig mehrere Individuen involviert sind; zum andern ist das Verhalten, das jedes einzelne Individuum in diesen Prozeß einbringt, individuell

reguliert. Wir unterscheiden am sozialen Verhalten demnach zwei Aspekte, die soziale und die individuelle Regulations-ebene.

2.1 Die soziale Regulationsebene des Verhaltens

2.1.1 Theoretische Grundlagen

Wir verwenden ein interaktions- bzw. kommunikationstheoretisches Modell, dessen Grundlagen im Bereich der Sprechakttheorie (Linguistische Pragmatik; Kommunikationspragmatik) entwickelt wurden (s. hierzu z.B. *Schlieben-Lange, 1975, S.72ff.; Maas und Wunderlich, 1972; Braun-roth et al., 1975, S.206ff.; vgl. auch Mattejat und Brumm, 1977*). Dieses Modell soll hier in starker Vereinfachung, und nur soweit es unmittelbar therapierelevant ist, zur Darstellung kommen. Interaktion und Kommunikation werden als überindividueller Prozeß betrachtet, in dem mehrere Individuen aufeinander bezogen handeln. In seiner elementarsten Form ist dieser Prozeß aufeinander bezogenen Handelns präverbal reguliert (Beispiele: gemeinsam etwas herstellen; miteinander Zärtlichkeiten austauschen; miteinander tanzen; Einkriegen spielen usw.).

Solche elementaren Prozesse gemeinsamen Handelns werden immer wieder – an Stellen, wo dieser Prozeß problematisch wird – von verbalen Kommunikationen durchsetzt. Die verbale Kommunikation hat den Zweck, Einigung im Hinblick auf die gemeinsame Handlung herzustellen. In vielen Fällen gelingt dies sofort und unproblematisch, oft aber muß das gemeinsame Handeln unterbrochen werden und statt dessen ein längerer Einigungsprozeß einsetzen. Der Einigungsprozeß scheitert notwendigerweise immer dann, wenn die Wünsche, Bedürfnisse, Interessen usw. der beteiligten Partner so gegensätzlich sind, daß sie nicht miteinander in Einklang gebracht werden können. Umgekehrt gelingt im günstigsten Falle eine Einigung so, daß die Wünsche beider Partner voll berücksichtigt werden können. Die meisten real beobachtbaren Einigungsprozesse aber liegen zwischen beiden Extremen: Es kommt zwar zu einer Einigung, diese ist aber durch vielerlei Ungleichheiten (Verzerrungen) bestimmt. Solche Verzerrungen ergeben sich zwischen Kindern z.B. durch körperliche Überlegenheit des einen Kindes, zwischen Erwachsenen und Kindern kommt hierzu noch die geistige und materielle Überlegenheit des Erwachsenen; ein individuell-psychologischer Verzerrungsfaktor wäre etwa die Angst davor, eigene Wünsche deutlich einzubringen.

Ähnlich wie die Einigung eine implizite Bedingung gemeinsamen Handelns darstellt, ist die wechselseitige Verständigung die implizite Vorbedingung für die Möglichkeit eines Einigungsprozesses. Im einfachsten Fall heißt das, daß die Partner „die gleiche Sprache sprechen“ müssen, um sich über verbale Kommunikation einigen zu können. Im Einigungsprozeß ist vorausgesetzt, daß allen Beteiligten klar ist, „worum es überhaupt geht“, „was einer meint“, „wie er es meint“ und „worum es ihm wirklich geht“. Die Einigung wird problematisch, wenn die Teilnehmer „aneinander vorbeireden“, wenn sie sich „mißverstehen“. In einem solchen Fall kann der Einigungsprozeß unterbrochen und statt dessen in einem Verständigungsprozeß die kommunikative Bedingung für die Einigung hergestellt werden.

2.1.2 Ziel- und Problembestimmung

Mit Hilfe des skizzierten Modells können nun drei Lernzielbereiche benannt werden:

1. Lernzielbereich: „Gemeinsam handeln“
2. Lernzielbereich: „Sich einigen“
3. Lernzielbereich: „Sich verständigen“

„Soziale Kompetenz“ bedeutet demnach die Fähigkeit, an allen drei beschriebenen Prozessen partizipieren zu können. Die Förderung der sozialen Kompetenz besteht in der Einübung in gemeinsame Handlungs-, Einigungs- und Verständigungsprozesse.

Lernzielbereich „Gemeinsam handeln“: Kinder mit einem gestörten Sozialverhalten haben in vielen Fällen schon Schwierigkeiten, überhaupt in ein gemeinsames Handeln (Kontakt) einzutreten (soziale Scheu; Rückzug). Vielfach bestehen solche Probleme besonders stark bei ganz bestimmten Handlungen, z.B. solchen, in denen die Kinder sich körperlich sehr nahe kommen. Ziel wäre es in einem solchen Fall, diese Kinder schrittweise an solchen Prozessen teilnehmen zu lassen (Analogie: Desensibilisierung). Ein anderer häufiger Fall einer Störung in diesem Bereich liegt dann vor, wenn die Kinder an den anderen Teilnehmern vorbeigieren, d.h. ihre Partner nicht berücksichtigen, was zu einer Störung des gesamten Gruppenprozesses führen kann. Die Fähigkeit zur Eingliederung in einen gemeinsamen Handlungsprozeß (Berücksichtigung der anderen; entsprechende Aufmerksamkeit; Steuerung des eigenen Verhaltens im Hinblick auf den Gesamtprozeß) wäre in einem solchen Fall zu fördern (Fähigkeit zur Kooperation).

Lernzielbereich „Sich einigen“: Hierzu gehört die Fähigkeit, in einer Situation, in der das gemeinsame Handeln unklar oder problematisch ist, in einen Einigungsprozeß eintreten zu können (Erkennen von Problemsituationen; Einigungsangebote machen und aufgreifen können). Dazu gehört weiterhin die Fähigkeit, den Vorschlägen, Anregungen und Begründungen des anderen zuhören und auf sie eingehen zu können, ebenso die Fähigkeit, die eigenen Wünsche, Bedürfnisse und Interessen in das Gespräch einbringen zu können. Bei der Förderung von sozial zurückgezogenen Kindern ist der Fähigkeit, in Konfliktsituationen bzw. Auseinandersetzungen die eigene Position deutlich vertreten zu können (Assertivität), besondere Beachtung zu schenken. Eine weitere Bedingung für das Gelingen von Einigungsprozessen ist die wechselseitige Anerkennung als Partner (wechselseitiges Akzeptieren; keine Abwertung der anderen Personen). Ausführlichere Beispiele zu diesem Bereich erübrigen sich hier, wir können auf die umfangreiche klinisch-psychologische Literatur zu diesem Thema (Interaktions- und Kommunikationsstörungen) verweisen.

Lernzielbereich „Sich verständigen“: Auch zu diesem Bereich existiert eine umfangreiche klinisch-psychologische Literatur (vgl. etwa die Arbeiten zur Gesprächspsychotherapie, z.B. Tausch, 1974). Anzustrebende Fähigkeiten wären hier etwa die Bereitschaft zur offenen Kommunikation, zur Darstellung der eigenen Gefühle, die Fähigkeit, eigene Probleme artikulieren zu können, ebenso die Fähigkeit zur Empathie in Kommunikationsprozessen.

2.1.3 Bestimmung der Interventionsmittel

Die Gruppensituation selbst ist eine reale soziale Situation, in der die Einübung in die genannten Prozesse ohnehin praktisch unumgänglich ist. Der Therapeut kann solche Einübungsprozesse nach den bekannten Lernmechanismen (Klassisches Konditionieren; Modelllernen; Beobachtungslernen; stellvertretendes Lernen; Imitationslernen; Einsichtslernen; kognitive Umstrukturierung) fördern. In der klinisch-psychologischen Literatur sind diese Lernprozesse ausführlich dargestellt (s.z.B. Bandura, 1977; Rachman, 1977; Schulte, 1977). In den Therapiegruppen beschränken wir uns jedoch nicht darauf, in „naturwüchsig“ ablaufende Interaktionen zwischen den Kindern einzugreifen. Wir haben uns vielmehr darauf konzentriert, gezielt Spiele oder Übungen einzuführen, um die Kinder in den drei Lernzielbereichen zu fördern. Ein solches Spiel besteht in der Regel immer

- aus der spielerischen Aktion selbst und
- einem Gespräch (Diskussion) über das Spiel (Einführung und Auswertung).

Bei dem Spiel selbst unterscheiden wir zwischen komplexen Spielen (meist Rollenspiele), in denen alle drei Teilprozesse involviert sind, und einfachen Spielen, die sich gezielt auf nur einen Teilprozeß beziehen. In den Rollenspielen werden komplexe soziale Situationen, meist Konfliktsituationen, simuliert. Soweit es möglich ist, wird dabei auf Situationsschilderungen zurückgegriffen, die die Kinder selbst anbieten. Häufig legen wir jedoch auch selbst Konfliktsituationen für das Rollenspiel vor. Die spielerische Aktion im Rollenspiel bezieht sich vornehmlich auf die Lernzielbereiche „Gemeinsam handeln“ und „Sich einigen“. Im Gespräch über das Spiel kommt zu diesen Aspekten noch der Lernzielbereich „Sich verständigen“ (Beispielfragen: Wie hast du dich gefühlt? Wie war die Situation für die Mitspieler?). Die Rollenspiele sind in allen Therapiephasen besonders von diagnostischem Interesse. Ihre Komplexität erschwert allerdings häufig den gezielten Aufbau von Fähigkeiten und Fertigkeiten. Aus diesem Grunde induzieren wir einfachere Spiele, in denen nur Teilaspekte einer sozialen Situation repräsentiert sind. Diese Spiele haben wir „Basisspiele“ genannt.

Basisspiele zum Lernzielbereich „Gemeinsam handeln“:

- Fangspiele (viele Variationen möglich);
- Konstruktionsspiele;
- Interaktionsspiele, wie z.B. „Mein rechter Platz ist leer“.

Basisspiele zum Lernzielbereich „Sich einigen“:

- Stark eingegrenzte Rollenspiele (kurzer Einigungsversuch in Konfliktsituationen; meist mehrmalige variierte Durchführung);
- Argumentationsübungen,
- Assertivitätsübungen (z.B. Übung „Nein, ich will nicht“);
- Diskussion von Konflikt- bzw. Einigungssituationen anhand von vorgegebenem Material.

Basisspiele zum Lernzielbereich „Sich verständigen“:

- Beschreibung sozialer Situationen anhand von vorgegebenem Material (Situation, Motiv, Gefühle usw.);
- Interviewspiele;
- Selbstdarstellungsspiele

Die Basisspiele werden im Verlauf der Therapie hierarchisch gestaffelt angeboten.

2.2 Die individuelle Regulationsebene des Verhaltens

2.2.1 Theoretische Grundlagen

Zielgerichtetes Verhalten läuft in mehreren Phasen ab und erfordert eine Reihe unterschiedlicher Fähigkeiten. Bezüglich der individuellen Regulationsebene stützen wir uns auf eine handlungstheoretische Betrachtungsweise. Zur genaueren Information über handlungstheoretische Modelle verweisen wir auf die ausführliche psychologische Literatur zu diesem Thema (s. z.B.: Miller, Galanter und Pribram, 1960; Tomaszewski, 1978; Volpert, 1974; Alisch und Rössner, 1977). Diese Modelle fanden auch schon Verwendung in ähnlichen gruppentherapeutischen Konzeptionen (vgl. z.B. Wendlandt, 1976).

2.2.2 Ziel- und Problembestimmung

Nach dem handlungstheoretischen Modell können mehrere Lernzielbereiche unterschieden werden:

1. Bereich: Soziale Bewertung
 - prospektiv
 - retrospektiv
2. Bereich: Soziale Motivation
3. Bereich: Soziale Kognition
4. Bereich: Soziale Wahrnehmung
5. Bereich: Soziale Fertigkeiten/Verhaltensweisen.

Die Lernziele (Aspekte sozialer Kompetenz) können danach bestimmt werden:

- Fähigkeit zur adäquaten Bewertung sozialer Situationen (prospektiv) und des eigenen sozialen Verhaltens (retrospektiv);
- Fähigkeit, Handlungsmotive, die den eigenen Bewertungen und der aktuellen Situation entsprechen, auszubilden;
- Fähigkeit, aufgrund der Verhaltensziele und der aktuellen Situation effektive Verhaltensstrategien zu entwickeln;
- differenzierte soziale Wahrnehmungsfähigkeit;
- differenziertes soziales Verhaltensrepertoire.

Beispiele für häufig beobachtete Störungen in den einzelnen Bereichen:

1. Bereich: Soziale Bewertung (Emotionale und normative Bewertung)

Prospektiv: Zu Störungen in diesem Bereich zählt primär eine erhöhte soziale Angst. Ein anderes Beispiel wäre die generelle Abwertung sozialer Situationen oder gemeinsamer Aktivitäten mit anderen Kindern.

Retrospektiv: Wichtige Störungen sind hier die Unterbewertung (Abwertung) oder Überbewertung der eigenen Verhaltensweisen. Auch eine zu unspezifische Bewertung (zu wenig auf das tatsächlich abgelaufene Verhalten bezogen) wäre hier zu nennen.
2. Bereich: Soziale Motivation

Situationsinadäquat und zu stark ausgeprägte Rückzugstendenzen oder aggressive Impulse, zu schnelles Aufgeben oder zu starres Beharren auf den eigenen Handlungswünschen sind typische Störungen dieses Bereichs. Vielfach ist das Repertoire von sozialen Handlungsmotiven zu gering, bestimmte Motive sind zu stark oder zu schwach ausgebildet (z. B. auf andere positiv zugehen; sich gegen andere wehren) oder die Verwaltungsmotivierung geschieht zu unspezifisch (kein Situationsbezug).

3. Bereich: Soziale Kognition

In diesen Bereich gehört die Fähigkeit zur Deutung von Handlungszusammenhängen und zur Interpretation von Kommunikationen, die Fähigkeit zur Einfühlung in andere (Verstehen der Motive, Strategien) und die Fähigkeit, selbst aufgrund dieser kognitiven Verarbeitung effektive soziale Strategien zu entwickeln. Bei Kindern mit gestörtem Sozialverhalten sind diese Fähigkeiten oft mangelhaft entwickelt (umstrukturiertes, impulsives Verhalten). Oft aber nehmen solche reflexiven Prozesse einen zu großen Raum ein und stören den spontanen Verhaltensfluß.

4. Bereich: Soziale Wahrnehmung

Die Fähigkeit zur differenzierten sozialen Wahrnehmung setzt voraus, daß die Aufmerksamkeit adäquat gesteuert werden kann. Schwächen im Bereich der sozialen Wahrnehmung können differenziert nach den verschiedenen Wahrnehmungskanälen (z.B. visuell, auditiv) und Wahrnehmungskodes (z.B. sprachlich, mimisch, proxemisch) beschrieben werden.

5. Bereich: Soziale Fertigkeiten

Störungen in diesem Bereich sind meist Ausdruck eines zu geringen oder zu undifferenzierten Verhaltensrepertoires. Analog zum Bereich der sozialen Wahrnehmung können die Defizite nach verschiedenen Verhaltenskanälen und -kodes beschrieben werden.

Die allgemeinen Ziele des Programms sowie auch die Ziele für jedes einzelne Individuum können anhand dieser Bereiche beschrieben werden.

2.2.3 Bestimmung der Interventionsmittel

Die Rollenspiele berühren meist alle Lernzielbereiche. Im Gespräch über das Spiel können je nach Bedarf einzelne Bereiche besonders hervorgehoben und in den Blickpunkt der Aufmerksamkeit gestellt werden. Die meisten Basisspiele haben wir zu den Bereichen „Soziale Wahrnehmung“ und „Soziale Fertigkeiten“ durchgeführt, da diese Bereiche der spielerischen Aktion am direktesten zugänglich sind. Auf diese anderen Bereiche bezogen wir uns vorwiegend durch das Gruppengespräch.

3. Planung und Durchführung einer Therapieeinheit

Vor jeder Therapiesitzung wurde der Stundenverlauf von den Therapeuten geplant (Vorbereitungsdauer ca. 1 Stunde). Dabei wurden die Therapieziele und die therapeutischen Mittel für die Stunde und für einzelne Personen festgelegt.

3.1 Lernziele

Die Lernziele bestimmen den thematischen Verlauf und die Auswahl der Basis- und Rollenspiele. Wir thematisieren beispielsweise in einem frühen Therapiekomplex elementare Aspekte der Kommunikation. Die Lernziele des Abschnittes „Visuelle Kommunikation“ (Wahrnehmung und Verhalten) waren z.B.:

- Verschiedenen Arten von Mimik und Körperbewegung den adäquaten Ausdruckssinn zuordnen können;
- Verschiedene Arten der Mimik und des Körperausdrucks ausführen können.

3.2 *Therapeutische Mittel*

Einleitende Erklärungen und Erläuterungen sind für jede Gruppenstunde vorgesehen. Hierbei wird versucht, durch Anregung und Führung einer entsprechenden Diskussion in den angezielten thematischen Bereich einzuführen und die Beziehung der sich anschließenden Spiele zu diesem zu verdeutlichen. Für die vorformulierten Lernziele werden außerdem geeignete Basis- und Rollenspiele ausgewählt. Darüber hinaus aber verwenden wir Spiele auch zur Schaffung der für diese Lernprozesse erforderlichen Lernbedingungen (aufgelockerte Gruppenatmosphäre) und schließlich setzen wir sie zur Anregung und Intensivierung der realen Gruppeninteraktion ein.

3.2.1 *Spiele und Lernbedingungen*

In der Warm-up-Phase, die regelmäßig den Anfang der Gruppensitzung bildet, stehen zunächst Spiele zum Kennenlernen bzw. das gemeinsame Spiel fördernde, Angst abbauende Bewegungs- und Fantasienspiele im Vordergrund. Beispiele: Bilden einer Namenskette der nacheinander ihren Namen nennenden Gruppenmitglieder; Umkehrung des eigenen Namens und Erratenlassen durch die anderen; „Mein rechter Platz ist leer“; auf begrenztem Raum (z.B. auf Stühlen) umeinander umherlaufen; Watte pusten; „Stille Post“; Fangspiele. Der Übergang von dieser Spielphase in den Bereich der Basisspiele ist unscharf. Warm-up-Spiele können bereits an der thematischen Stundenzuordnung orientiert sein.

3.2.2 *Basisspiele*

Als Beispiel für Basisspiele seien die Spiele aufgeführt, welche wir für den bereits oben angesprochenen Therapieabschnitt zur visuellen Kommunikation auswählten:

Umhergehen und sich in die Augen sehen; umhergehen und kurz vor jemandem stehenbleiben; umhergehen und verschiedene Befindlichkeiten ausdrücken, wie ärgerlich, ängstlich, vorsichtig, traurig, fröhlich usw.; Bewegungen eines Partners imitieren; pantomimisch dargestellte Begriffe erraten; Tiere darstellen; Wesen darstellen, die es in Wirklichkeit nicht gibt; Zuordnung mimischen Ausdrucksverhaltens zu verschiedenen Gefühlen durch vorgegebenes Bildmaterial.

Zur weiteren Erläuterung sei das „pantomimische Ausdrucksspiel“ herausgegriffen. Bei diesem Spiel stellt jeweils ein Kind ein Gefühl mimisch und gestisch dar, die anderen Kinder sollen jeweils das dargestellte Gefühl „erraten“. Dieses Spiel bezieht sich primär auf die Lernzielbereiche „Soziale Wahrnehmung“ und „Soziales Verhalten (Fertigkeiten)“. Sekundär sind aber auch noch andere Lernzielbereiche betroffen: Wenn das Spiel richtig eingesetzt wird, kann auch die Angst des einzelnen, sich vor der Gruppe zu exponieren (Lernzielbereich „Soziale Bewertung“), vermindert werden. In der Diskussion über das Spiel wird deutlich, daß manche Gefühle relativ eindeutig darstellbar sind, bei anderen Gefühlen der Ausdruck jedoch mehrdeutig ist (Lernzielbereich „Soziale Kognition“). Wir haben diese Übung in vielen Variationen durchgeführt, da sie den Kindern offenbar Spaß macht und der Lernfortschritt für die Therapeuten direkt beobachtbar und damit kontrollierbar ist.

Neben der Frage der prinzipiellen Auswahl der Basisspiele haben wir uns die Frage zu stellen, in welcher Therapiephase das Spiel einsetzbar ist. Das „pantomimische Ausdrucksspiel“ kann z.B. erst eingesetzt werden, nachdem einige Vorbedingungen erfüllt sind: Die Kinder sollten z.B. bereits in pantomimische Ausdrucksformen eingeübt sein, bevor sie sich einzeln vor einer Gruppe darstellen (Problem der sozialen Angst). Hierfür setzten wir z.B. das „Zoospiel“ ein, in dem alle Kinder gleichzeitig ein Tier pantomimisch darstellen. Eine andere Voraussetzung für das Gelingen des pantomimischen Ausdrucksspiels besteht darin, daß die Kinder aufmerksam und genau beobachten. Zur Einübung dieses Aspekts können wir das „Kriminalspiel: Was hat sich verändert?“ verwenden. Bei diesem Spiel verläßt ein Kind den Raum und verändert eine Kleinigkeit an seinem Aussehen (z.B. Kleidung). Die Gruppe muß herausfinden, was sich verändert hat. Dieses Spiel ist auch gut geeignet, die soziale Angst, im Blickpunkt der Aufmerksamkeit der Gruppe zu stehen, zu vermindern. An diesem Beispiel wird deutlich, daß die Basisspiele nur dann effektiv eingesetzt werden können, wenn sie hierarchisch (nach Komplexität, Schwierigkeit, Angsthaltigkeit) gestaffelt angeboten werden.

3.2.3 *Rollenspiele*

Die Rollenspiele werden entweder durch den Therapeuten vorgegeben oder entwickeln sich aus Vorschlägen oder Erlebnisberichten der Kinder. Diese beiden Gestaltungselemente können auch ineinander übergehen. Ein Beispiel soll dieses Ineinandergreifen verdeutlichen:

Die Therapeuten schlagen eine Situation vor, in der ein Kind von der Mutter zu Unrecht getadelt wird. Die spontanen Lösungsvorschläge sind insgesamt von passiver Hinnahme des Tadels gekennzeichnet. Die Therapeuten entschließen sich deshalb zum Eingriff und schlagen ein konflikthafte Vorgehen vor. Bei zunächst weiterhin zurückhaltend angebotenen Protestversuchen wächst bei zwei Kindern die Bereitschaft zur aktiven Auseinandersetzung mit der tadelnden Mutter. Durch die sich jetzt augenscheinlich für die Gruppe öffnende Palette alternativer Verhaltensweisen angeregt, schildert ein bisher sehr zurückhaltendes Mädchen plötzlich von sich eine ähnliche Problemsituation, die es zu Hause beobachtet hat: Das Mädchen hatte abgewaschen und dabei einen Teller aus wertvollem Porzellan zerbrochen, woraufhin es von der Mutter ausgeschimpft worden war. Die Situation wird durch einen der Therapeuten sofort aufgegriffen, das Mädchen ist bereit, in einem Rollenspiel die erlebte Reaktionsweise der Mutter darzustellen, während andere Kinder jeweils die Rolle des Mädchens übernehmen. In dem neuen Rollenspiel wird nun sehr viel mehr szenische Ausgestaltung, welche weitgehend von den Kindern vorgeschlagen wird, zugelassen. Die Kinder erkennen die Problematik des Mädchens, das der Mutter eigentlich helfen wollte, dabei versehentlich aber Schaden anrichtete, wofür es nun ausschließlich Tadel erhält, ohne daß seine gute Absicht zu helfen beachtet wird. Die spontanen Spielbeiträge nehmen jetzt zu. Es werden auch überschießende Protestreaktionen angeboten. Mit Hilfe des Modellverhaltens eines Therapeuten ist schließlich auch das sehr zurück-

haltende Mädchen, welches das Erlebnis berichtet hatte, zu vorsichtigem Widerstand bereit. In der anschließenden Diskussion steht die Bemühung im Vordergrund, den thematisierten Konflikt vor allem auf seine emotionalen Implikationen hin zu untersuchen.

3.2.4 Spiele und reale Gruppeninteraktionen

Spiele sollen auch Gelegenheit bieten, aktuell ablaufende gruppenspezifische Prozesse, aktuelle Befindlichkeiten und erlebte Kommunikation zu thematisieren. Hierdurch ergibt sich zugleich ein Ansatz zur Generalisierung des in anderen Übungen Erlernten. Gezielt führen wir solche Spiele jedoch wegen ihrer starken gruppenspezifischen Wirksamkeit erst zu späteren Zeitpunkten in die Gruppensitzungen ein. Beispiele hierfür wären: Partnerinterview zu vorgegebenen Situationen, Selbstdarstellung erinnelter emotionaler Befindlichkeit, Differenzierung eigener Gefühle im Vergleich zu ähnlichen aktuellen Empfindungen anderer Gruppenmitglieder.

4. Zur vorläufigen Bewertung und weiteren Entwicklung des Programms

4.1 Effizienz

Zur genaueren Erfassung der individuellen Probleme und Störungen führten wir neben informellen Erhebungsmethoden (Elterngespräche; Einzelexplorationen; Stundenprotokolle) auch eine Reihe standardisierter Verfahren durch. Neben systematischen Verhaltensbeobachtungen und Verhaltensratings während der Therapie wurde vor und nach der Therapie mit den Kindern der „PFK 9–14“ (s. Seitz u. Rausche, 1976) und eine in der Auswertung modifizierte Form des Rosenzweig-P-F-Tests (s. Duhm und Hansen, 1957; zur Auswertungsmodifikation s. Matthejat, 1979) durchgeführt. Außerdem wurde vor und nach der Therapie eine „Elternversion“ des „PFK 9–14“ vorgelegt, in der die Eltern ihre Kinder anhand der Fragen des „PFK“ einschätzen sollten (Fremdbild). Der Vergleich von Vor- und Nachuntersuchung läßt erste Schlüsse auf die Effizienz des Trainingsprogramms zu; es muß dabei allerdings beachtet werden, daß es sich um keine kontrollierte Studie handelt (keine Kontrollgruppen), die Ergebnisse müssen deshalb als vorläufig verstanden werden.

Vergleicht man die Gruppenmittelwerte der Fragebogenergebnisse im Vor- und Nachtest miteinander, so zeigen sich in den Eltern-Fragebögen auf zwei Dimensionen statistisch signifikante² Ergebnisse: Die Werte auf der Dimension „Zurückhaltung und Scheu vor Sozialkontakt“ (VS 4) sinken, und auf der Dimension „Selbstüberzeugung hinsichtlich eigener Meinungen, Entscheidungen und Planungen“ (SB 2) steigen die Werte. Deutliche, statistisch jedoch nicht signifikante Veränderungstendenzen zeigen sich auf den Dimensionen „Emotionale Erregbarkeit“ (sinkt), „Aktiv-extravertiertes Temperament“ (steigt), „schulischer Ehrgeiz“ (steigt) und „Selbsterleben von allgemeiner Angst“

(sinkt). In den Kinderfragebögen gehen die Änderungen auf allen genannten Dimensionen in dieselbe Richtung, erreichen jedoch ebenfalls keine statistische Signifikanz. Wir führen dies primär auf die Heterogenität der Therapiegruppe zurück: Die meisten Kinder waren sozial ängstlich, gehemmt, passiv und zurückgezogen. In jeder Gruppe waren jedoch einige aggressiv-ausagierende Kinder, bei denen unsere Therapieziele und die erreichten Veränderungen in eine andere Richtung gingen. Das statistische Bild wird hierdurch ebenfalls uneinheitlicher. Die in den Fragebogenergebnissen gefundenen Veränderungen bzw. Veränderungstendenzen in den Gruppenmittelwerten entsprechen unseren Therapiezielen für die Mehrzahl, nämlich die ängstlich-zurückgezogenen Kinder: Nach der Therapie werden diese in den Selbst- und Fremddarstellungen als weniger zurückhaltend, weniger scheu und ängstlich, als aktiver, extravertierter, ehrgeiziger und selbstsicherer geschildert.

Bei dem mit den Kindern durchgeführten Rosenzweig-Test werden die Rosenzweig-Test-Antworten der Kinder nach einem interaktionstheoretisch fundierten Signierungsschema ausgewertet. In den Rosenzweigsituationen, in denen Interaktionen zwischen Erwachsenen und Kindern dargestellt sind, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede; in den Kind-Kind-Interaktionssituationen jedoch ergaben sich auf 3 Skalen (diese Skalen sind voneinander abhängig) statistisch signifikante³ Veränderungen: „Tendenz zu Auseinandersetzungen“ (–H) steigt, „Tendenz zu interaktiven Handlungen“ (H) steigt, während „Tendenz zum Interaktionsabbruch“ (A) und „Tendenz zur verbalen Interaktion“ (V) sinken. Die Veränderungen können folgendermaßen interpretiert werden (vgl. Matthejat, 1979): Im Vergleich zur Vortestung tendieren die Kinder nach der Therapie im sozialen Umgang mit anderen Kindern stärker zu interaktiven Handlungen, zu intensiveren Kontakten und Auseinandersetzungen und weniger zu verbalen Interaktionen oder Interaktionsabbrüchen. Im Gruppenschnitt erscheinen die Kinder nach der Therapie weniger gehemmt-kontrolliert, sie setzen sich stärker durch, und sie verhalten sich in Konfliktsituationen aggressiver, assertiver und weniger ängstlich. Auch diese Veränderungen entsprechen unseren Therapiezielen für die ängstlich-zurückgezogenen Kinder. Ein großer Teil der Übungen war darauf ausgerichtet, die Fähigkeit zur Selbstbehauptung bei diesen Kindern zu entwickeln und zu stärken. Dabei bezogen wir uns hauptsächlich auf Interaktionsprobleme mit anderen Kindern. Dies und der Umstand, daß die Therapie ja im Kontakt mit anderen Kindern stattfand, könnte erklären, warum nur bei den Kind-Kind-Situationen deutliche Veränderungen gefunden wurden.

Insgesamt gesehen sprechen die Testergebnisse dafür, daß mit einem relativ kurzfristigen Therapieprogramm der beschriebenen Art bei ängstlich-zurückgezogenen Kindern deutliche Verhaltensänderungen in der erwünschten Richtung erreichbar sind. Unsere Eindrücke aus den Elterngesprächen und Kinderbeobachtungen stützen ebenfalls diese Ergebnisse. Wegen der zu geringen Fallzahl können wir über die Effizienz des Programms bei aggressiv-ausagierenden Kindern noch keine genaueren Aussagen machen.

² Berechnet mit dem Wilcoxon-Test für Paardifferenzen bei korrelierenden Stichproben; zweiseitige Fragestellung; Signifikanzniveau .05. Die stat. Bearbeitung und diesbezügliche Beratung führte Herr Dipl.-Math. Dr. D. Göbel durch, dem wir hierfür herzlich danken.

³ Ebenfalls Wilcoxon-Test.

4.2 Indikation

Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie mit Kindern ist eine sehr junge Entwicklungsrichtung. In der Literatur finden sich deshalb auch nur sehr unspezifische Angaben zur Frage der Indikation einer solchen Behandlungsform. Aufgrund der Ergebnisse unserer therapiebegleitenden Beobachtungen und einer qualitativ-individuellen Betrachtung der Veränderungsmessungen können wir hierzu die folgenden vorläufigen Indikationskriterien angeben.

1. Das Programm ist primär für sozial ängstliche und zurückgezogene Kinder geeignet.
2. Die verwendete Therapieform ist bei solchen Kindern effektiver, bei denen die Störung des sozialen Verhaltens sich vorwiegend im Umgang mit anderen Kindern (im Gegensatz zu Erwachsenen) manifestiert. Ungeeignet sind insbesondere solche Kinder, bei denen eine starke aktuelle familiäre Problematik vorliegt, die die Interaktionsstörung des Kindes außerhalb der Familie bedingt. In solchen Fällen halten wir ein stärker familienorientiertes Vorgehen eher für angebracht.
3. Kinder, bei denen die Auffälligkeiten im Sozialverhalten keinerlei Leidensdruck hervorrufen, sondern in ein stabiles – für die Kinder subjektiv relativ befriedigendes – Verhaltenssystem eingebettet sind (z.B. stark introvertierte Persönlichkeiten) erscheinen ebenfalls für unsere Therapieform wenig geeignet. Falls überhaupt eine Therapie für sinnvoll gehalten wird, wäre dann ein intensiveres Vorgehen notwendig.
4. Die Therapie scheint am ehesten für leichte und mittelschwere Störungen des Sozialverhaltens geeignet zu sein. Sehr schwere Störungen erfordern unseres Erachtens einen höheren Aufwand, das heißt primär zunächst eine Einzeltherapie. Eventuell könnte eine Gruppentherapie im Anschluß an eine solche intensive Therapie einsetzen.

4.3 Durchführungsprobleme und Überlegungen zur Modifikation des Programms

Therapie als „Arbeit“ oder „Spiel“? Wir versuchten immer, die Gruppensitzungen für die Kinder so attraktiv wie möglich zu gestalten (intrinsische Motivation). Wenn es uns gelang, die Gruppensitzungen in einer lockeren, spielerischen Atmosphäre durchzuführen, schien uns manchmal der Lernfortschritt im Hinblick auf die angestrebten Lernziele zweifelhaft zu sein. Umgekehrt waren die Kinder aber in Sitzungsphasen, in denen ein strikter Bezug auf das Lernziel vorhanden war (z.B. durch deutliche kognitive Strukturierung), häufig zu wenig motiviert, so daß auch in solchen Fällen ein Lernfortschritt in Zweifel stand (lustlose Gruppenatmosphäre). In einem engen Zusammenhang damit steht auch unsere Schwierigkeit, die Kinder zu einer gezielten Übertragung der eingeübten Verhaltensweisen auf Situationen außerhalb der Therapie zu motivieren.

Dieses Problem scheint uns ein spezifisches kindertherapeutisches Problem zu sein, das bei Erwachsenen bei weitem nicht so stark im Vordergrund steht. Ein bewußter Leidensdruck fehlte bei manchen Kindern völlig; eine gezielte Veränderungs- bzw. Therapiemotivation war bei den Kindern nur ansatzweise vorhanden. Daraus wird verständlich,

warum es uns gelang, bei den Kindern die intrinsische Spiel-motivation zu aktivieren, wir jedoch kaum eine zielbezogene Motivation (Veränderung sozialen Verhaltens) therapeutisch nutzen konnten. Neben einer Verbesserung der Indikationsstellung aufgrund unserer bisherigen Erfahrungen können wir aus diesem Problem den Schluß ziehen, daß es wichtig ist, in einer Vorphase der Gruppentherapie das Gewicht stärker als bisher auf die Aktivierung der Veränderungsmotivation zu legen (Therapievertrag). Durch eine solche individuelle Vorbereitung in Einzelsitzungen müßte eine Intensivierung der Lernprozesse und eine verbesserte Generalisierung nach „draußen“ möglich werden.

Die Gruppe und das einzelne Kind: Wir haben mehrfach die Erfahrung gemacht, daß wir den Bedürfnissen von einzelnen Kindern aus Rücksichtnahme auf den gesamten Gruppenprozeß nicht Rechnung tragen konnten. So konnten wir z.B. auf Kinder, die mit ihrer eigenen Problematik (z.B. Darstellung der Familienprobleme) den gesamten Gruppenverlauf zu dominieren drohten, nicht in der Form eingehen, wie es für diese Kinder vielleicht notwendig gewesen wäre. Bei ca. 15 Gruppensitzungen ist es nicht möglich, mehrere Sitzungen nur einem Kind zu widmen; außerdem sind die anderen Kinder auch noch nicht in der Lage, entsprechend auf ein solches Kind einzugehen. Ein analoges Problem ergibt sich bei sehr zurückgezogenen Kindern. Auch hier mußten wir im Interesse des Gesamtablaufes manchmal in Kauf nehmen, daß der Gruppenprozeß an einem solchen Kind vorbeilief.

Unsere wesentliche Konsequenz aus diesem Problem besteht darin, künftig mit kleineren Gruppen (4 statt 8 Kinder) zu arbeiten. In kleineren Gruppen dürfte dieses Problem besser bewältigbar sein. Wie verschiedentlich in der Literatur berichtet wird, sind auch andere Kinderpsychotherapeuten zu ähnlichen Ergebnissen gelangt (s. z.B. *Schmidtchen*, 1976).

Summary

A Group Therapy Program for Developing and Exercising Competent Social Behaviour

The article introduces a group therapy program for developing and exercising competent social behaviour in psychologically disturbed children.

In the first section the theoretical foundations, the aims, and the methods of the therapeutic interventions are presented. The planning and realization of a therapeutic unit are described in the second section. Finally the results of a first tentative efficiency measurement are discussed and reflections upon improving the program are set forth.

Literatur

- Alisch, L.-M. und Rössner, L.:* Grundlagen einer generellen Verhaltenstheorie. München, Reinhardt, 1977. – *Bandura, A.:* Psychotherapie auf der Grundlage von Prinzipien des Modell-Lernens. In: *Petermann und Schmook* (Hrsg.), Grundlagentexte der Klinischen Psychologie, Bd.2. Bern, Huber 1977. – *Braun, P. und Tittelbach, E.:* Verhaltenstherapie. In: *Pongratz, L.* (Hrsg.), Hand-

- buch der Psychologie, Bd. 8, Klinische Psychologie, 2. Hlbbd. Göttingen, Hogrefe 1978. S. 1955–2081. – *Braunroth, M., Seyfert, G., Siegel, K. und Vahle, F.*: Ansätze und Aufgaben der linguistischen Pragmatik. Frankfurt, Fischer-Athenäum 1975. – *Duhm, E. und Hansen, J.*: Der Rosenzweig P-F-Test. Form für Kinder. Göttingen, Hogrefe 1957. – *Grawe, K.*: Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie. In: *Pongratz, L.* (Hrsg.), Handbuch der Psychologie, Bd. 8, Klinische Psychologie, 2. Hlbbd. Göttingen, Hogrefe 1978. S. 2669–2724. – *Halder, P.*: Verhaltenstherapie. Stuttgart, Kohlhammer 1973. – *Jungmann, J., Göbel, D. und Remschmidt, H.*: Erfahrungen mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation unter Berücksichtigung des multiaxialen Diagnoseschlüssels. Zeitschr. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie, 6 (1), 1978. S. 56–78. – *Kanfer, F. H. und Phillips, J. S.*: Learning Foundations of Behavior Therapy. New York, Wiley 1970. – *Kessler, B. H.*: Behaviorale Diagnostik. In: *Schmidt, L. R.* (Hrsg.), Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Stuttgart, Enke 1978. S. 164–189. – *Maas, U. und Wunderlich, D.*: Pragmatik und sprachliches Handeln. Frankfurt, Athenäum 1972. – *Mattejat, F.*: Zur Diagnostik des Sozialverhaltens bei Kindern mit einer Modifikation des Rosenzweig-P-F-Tests. Vortrag auf der 2. Tagung für Kinder- und Jugendlichenherapie. München 1979. – *Mattejat, F. und Brumm, J.*: Kommunikationspsychologische Grundlagen. In: *Pongratz, L.* (Hrsg.), Handbuch der Psychologie, Bd. 8, Klinische Psychologie, 1. Hlbbd. Göttingen, Hogrefe 1977. S. 715–843. – *Miller, G. A., Galanter, E. und Pribram, K. H.*: Plans and the Structure of Behavior. New York: Holt 1960. – *Rachmann, S.*: Klinische Anwendung von Beobachtungs-, Imitations- und Modell-Lernen. In: *Petermann und Schmoock* (Hrsg.), Grundlagentexte der Klinischen Psychologie. Bd. 2. Bern, Huber 1977. – *Remschmidt, H. und Schmidt, M.*: Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Schaffer und Sturge. Bern/Stuttgart/Wien, Verlag Hans Huber 1977. – *Schlieben-Lange, B.*: Linguistische Pragmatik. Stuttgart, Kohlhammer 1975. – *Schmidtchen, S.* (Hrsg.): Handbuch der klientenzentrierten Kindertherapie. Kiel: Eigen-druck 1976. – *Ders.*: Die Verhaltenstherapie als Behandlungskonzept für Kinder und Jugendliche. In: *Pongratz, L.* (Hrsg.), Handbuch der Psychologie, Bd. 8, Klinische Psychologie, 2. Hlbbd. Göttingen, Hogrefe 1978. S. 2451–2482. – *Schulte, D.*: Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München, Urban u. Schwarzenberg 1974. – *Ders.*: Theoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie. In: *Pongratz, L.* (Hrsg.), Handbuch der Psychologie, Bd. 8, Klinische Psychologie, 1. Hlbbd. Göttingen, Hogrefe 1977. S. 981–1026. – *Seitz, W. und Rausche, A.*: Persönlichkeitsfragebogen für Kinder 9–14. Braunschweig, Westermann 1976. – *Semmer, N. und Pfäffin, M.*: Interaktionstraining. Weinheim, Beltz 1978. – *Tausch, R.*: Gesprächspsychotherapie. Göttingen, Hogrefe 1974. – *Tomaszewski, T.*: Tätigkeit und Bewußtsein. Weinheim, Beltz 1978. – *Volpert, W.*: Handlungsstrukturanalyse. Köln, Pahl-Rugenstein 1974. – *Wendlandt, W.*: Rollenspiele zur Verhaltensmodifikation – Ansätze für die pädagogische Praxis. Gekürztes Vortragsmanuskript für den VT-Kongreß Berlin, 1976. – *Wendlandt, W. und Hoefert, H. W.*: Selbstsicherheitstraining. Salzburg, Otto-Müller-Verlag 1976.
- Ansch. d. Verf.: Dipl.-Psych. Fritz Mattejat, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg, Hans-Sachs-Str. 6, 3550 Marburg.